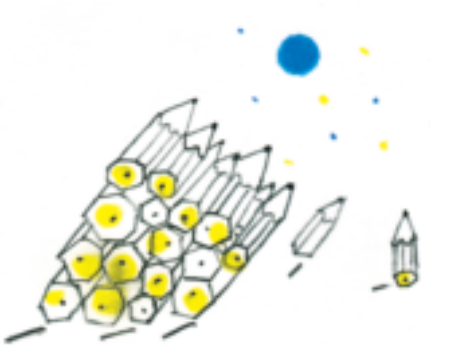
Douleur aiguë en ambulatoire

E. Fournier-Charrière, unité douleur, CHU, Le Kremlin-Bicêtre
« Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de un mois à quinze ans », ANAES, mars 2000
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272030



Il est démontré que, dès sa naissance, l'enfant est susceptible de ressentir la douleur. Il existe des obligations éthiques et légales à soulager cette douleur. De plus, la douleur peut avoir des conséquences néfastes sur l'enfant, tandis qu'il n'y a pas d'arguments permettant de penser qu'elle puisse lui être profitable.
La douleur est mieux prise en charge quand elle est évaluée initialement et quand le traitement est régulièrement réévalué.

DIAGNOSTIC

L'identification d'un état douloureux pose peu de problème chez l'enfant à partir de deux ans, qui peut communiquer verbalement, mais présente des difficultés chez l'enfant plus jeune, pour lequel il faut recourir à l'analyse du comportement (réponses comportementales déclenchées par la douleur).
La réponse comportementale à la douleur aiguë est biphasique :

☐ d'abord une détresse non spécifique (agitation, hypermotricité des membres, crispation du torse, cris et pleurs) avec un signe spécifique, la grimace (crispation avec sourcils froncés, yeux fermés fortement, bouche « carrée », accentuation du sillon nasogénien), et des signes de stress biologiques et physiologiques ;
☐ ensuite une apparition progressive de postures antalgiques, de raideurs et d'une réduction des activités de base (bouger, jouer, dormir, parler, manger) ; l'enfant devient immobile et a-réactif (atonie ou inertie psychomotrice).

L'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur est généralement nécessaire pour :
☐ établir ou confirmer l'existence d'une douleur ;
☐ apprécier son intensité ;
☐ déterminer les moyens antalgiques nécessaires ;
☐ évaluer l'efficacité du traitement institué ;
☐ adapter ce traitement.

Si l'enfant peut s'évaluer :
☐ l'EVA (échelle visuelle analogique) est

considérée comme l'outil d'autoévaluation de référence chez l'enfant de plus de six ans. Un score de 3 impose une intervention thérapeutique ;
☐ entre quatre et six ans, l'EVA est à utiliser conjointement à un autre outil d'autoévaluation, échelle de visages (FPS-R) ou échelle de jetons (poker chips tool) ;
☐ si les scores obtenus par les deux outils sont divergents, ils doivent être considérés comme non valides (l'enfant n'a pas compris l'outil).
Lors du suivi, l'évaluation doit être réalisée toujours avec le même outil.

Si l'enfant ne peut pas s'évaluer, parce qu'il est trop jeune (moins de quatre à six ans) ou parce qu'il est momentanément ou définitivement démuni de moyens de communication suffisants :
☐ l'utilisation par l'observateur soignant ou parent d'une liste de comportements validée (« échelle de douleur »), permettant de distinguer entre douleur et autres causes de mal-être et de coter l'intensité, est recommandée ;
☐ pour l'évaluation de la douleur postopératoire sont recommandées les échelles Amiel-Tison de un mois à trois ans, OPS (objective pain scale) à partir de deux mois et Cheops (children's hospital of Eastern Ontario pain scale) de un à six ans ;
☐ pour l'évaluation des autres douleurs aiguës à leur début, la NFCS (neonatal facial coding system) abrégée peut être utilisée jusqu'à dix-huit mois et l'échelle Cheops de un à six ans ;
☐ pour l'évaluation d'une douleur aiguë évoluant depuis plusieurs heures, l'échelle DEGR® (douleur enfant Gustave Roussy) peut être utilisée de deux à six ans ;
☐ il est également possible d'utiliser une appréciation globale : « perturbation des activités de base de l'enfant : bouger, jouer, dormir, parler, manger » ;
☐ l'EVA attribuée par un soignant expérimenté ou un parent constitue une alternative à l'emploi des échelles comportementales.

Commentaires de la rédaction

La démarche d'évaluation permet vraiment de mieux choisir l'antalgique. L'autoévaluation avec l'échelle de visages FPS-R est facile et appréciée. En 2007, l'échelle Evendol, très facile d'emploi, a été validée pour l'enfant de moins de sept ans consultant aux urgences. Toutes ces échelles sont téléchargeables avec leur mode d'emploi sur le site *pediadol.org*.

TRAITEMENT

Le traitement antalgique doit être proposé en même temps que le traitement étiologique de toute pathologie douloureuse. Le médecin doit disposer d'antalgiques majeurs dans sa trousse d'urgence.

La prescription des antalgiques doit se faire selon l'intensité de la douleur.
L'objectif immédiat du traitement est de ramener, si possible, l'intensité de la douleur en dessous du seuil de 3/10 sur l'échelle EVA et/ou de permettre un retour aux activités de base de l'enfant : bouger, jouer, dormir, parler, manger.
Le deuxième objectif est d'adapter rapidement le traitement en fonction du niveau de douleur résiduelle : réévaluation après une ou deux prises d'antalgique et intensification du traitement, à prévoir dès l'ordonnance initiale, si l'EVA reste au-dessus de 3/10.
Consignes à donner aux parents : prises systématiques pour la durée prévisible de la douleur, modalités d'évaluation, modalités d'intensification, recherche d'effets indésirables.
La douleur prévisible lors de certains soins ou actes médicaux doit être prévenue.
La prise en charge de la douleur peut comporter, en plus des antalgiques, des moyens non pharmacologiques : distraction, relaxation, hypnose. La distraction est souvent une aide efficace pour faire diminuer la détresse et/ou la douleur.
La présence des parents doit être possible lors de la réalisation des gestes douloureux et dans toutes les situations où l'enfant est susceptible de ressentir des douleurs, à chaque fois que l'enfant et sa famille le souhaitent.

La prescription des antalgiques doit se faire selon l'intensité de douleur

EVA de 0 à 1 Simple inconfort	Pas de traitement
EVA de 1 à 3 Douleur légère	Traitement selon la demande de l'enfant Palier 1
EVA de 3 à 5 Douleur modérée	Traitement systématique par palier 1 Si insuffisant, palier 2
EVA de 5 à 7 Douleur intense	Traitement systématique par palier 1 et 2 associés Si insuffisant, palier 3
EVA de 7 à 10 Douleur très intense	Traitement systématique par palier 1 et 3 associés (selon le diagnostic)

Une information, adaptée à son niveau cognitif, doit être donnée à l'enfant. L'information est un droit de l'enfant et une obligation du professionnel de santé.

Commentaires de la rédaction

Ces recommandations ont été validées en 2000, soit par des publications scientifiques, soit par l'accord professionnel d'experts. Depuis sont apparus :
☐ des restrictions d'emploi des AINS (à éviter par précaution en cas d'infection cutanée, en particulier varicelle) ;
☐ des conseils de prudence pour la codéi-

Situations douloureuses postopératoires, traumatologiques et de maladies courantes en ambulatoire

Situations	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention si échec (1)
☐ Amygdalectomie	Palier 2 avec palier 1 pendant 72 h	Palier 3
☐ Adénoïdectomie	Palier 1 pendant 24 heures	Nouvelle consultation
☐ Circoncision	Palier 2 avec palier 1 pendant 72 h et lidocaïne locale	Palier 3
☐ Orchidopexie	Palier 1 pendant 72 h	Palier 2 avec palier 1
☐ Hernie inguinale	Palier 1 pendant 72 h	Palier 2 avec palier 1
☐ Chirurgie de strabisme	Palier 1 pendant 24-48 h	Palier 2 avec palier 1
☐ Extraction de dents de lait	Pas d'antalgiques	Palier 1
☐ Extraction de dents définitivesou de sagesse et/ou germectomie	Palier 1 pendant 48 h	Palier 2 avec palier 1
☐ Fracture non déplacée	Immobilisation ± palier 2	Palier 3 si douleurs persistantes
☐ Fracture déplacée	Palier 3 avant et après immobilisation	Augmentation des doses
☐ Réduction de fracture	Anesthésie générale	
☐ Brûlure superficielle et localisée	Palier 2 (dès l'arrivée du médecin)	Morphine orale retard et inter-doses
☐ Brûlure profonde ou étendue	Morphine orale dès l'arrivée du médecin Titration de morphine ou fentanyl IV par le SMUR ou le SAMU	Morphine IV ou orale Après stabilisation de la douleur, morphine retard ± inter-doses ± AINS
☐ Pansements de brûlure	MEOPA ± dose de charge de morphine ± anxiolytique	Sédation profonde ou anesthésie générale
☐ Otite	paracétamol ± AINS ± anesthésique local	+ codéine
☐ Dysphagie angine	paracétamol ± AINS	+ codéine
☐ Gingivostomatite herpétique (douleur majeure)	paracétamol + codéine + lidocaïne gel (2 mg/kg toutes les 3 h)	Morphine orale

Situations douloureuses de soins courantes en ambulatoire

Situations	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention si échec (1)
☐ Ponction veineuse	Emla® systématique pour les enfants de moins de 11 ans et au-delà de cet âge pour ceux qui le demandent	MEOPA (2) en association à l'Emla® pour les enfants difficiles à piquer ou ceux ayant une phobie du geste
☐ Vaccins, injections sous-cutanées	Emla® systématique si injections répétées Emla® à la demande si injections occasionnelles	
☐ Intradermoréaction (IDR)	Emla®	
☐ Sutures	MEOPA et anesthésie locale avec lidocaïne tamponnée (9 ml de lidocaïne + 1 ml de bicarbonate 88 ‰)	Sédation voire anesthésie générale
☐ Paracentèse	MEOPA pour les enfants âgés de plus de 6 mois	Anesthésie générale
☐ Réduction de paraphimosis	Gel de lidocaïne et MEOPA	Sédation voire anesthésie générale
☐ Ablation de verrues	MEOPA et lidocaïne injectable	Sédation voire anesthésie générale

ne (débuter le traitement à 0,5 mg/kg par dose pour tester la tolérance) ;
☐ la commercialisation du tramadol en gouttes buvables, autorisé pour l'enfant de plus de trois ans.
Huit ans plus tard, même si les connaissances ont progressé, on s'aperçoit que ces recommandations sont bien loin d'être suivies et méritent toute l'attention des médecins. ☐

(1) L'échec est objectivé par l'absence de retour à une EVA au-dessous de 3/10 et/ou l'absence de retour aux « activités de base » : bouger, jouer, dormir, parler, manger.
(2) MEOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, disponible en milieu hospitalier.